

Fontys Paramedische Hogeschool

Opleiding podotherapie

Acceptatie richtlijn “Diabetische Voet”

Het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op de mate waarin wordt gehandeld volgens de zorgmodule “Preventie Diabetische Voetulcera” door podotherapeuten met betrekking tot screening op risicofactoren van de diabetische voet

Geert Van Looveren

Begeleider: Anja De Koning

- juni 2015 –

Voorwoord

Gedurende dit onderzoek is getracht een aantal factoren te vinden die bepalen of podotherapeuten werken volgens de zorgmodule “Preventie Diabetische Voetulcera” met betrekking tot de screening van de diabetische voet.

Deze afstudeerscriptie werd geschreven door Geert Van Looveren (°1977), laatstejaarsstudent Podotherapie aan Fontys Paramedische Hogeschool in Eindhoven. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Lectoraat Health and Innovations. Tijdens mijn opleiding podotherapie kwam ik vaak in aanraking met de ziekte diabetes mellitus. Zo werd mijn kennis verbeterd en kreeg ik gaandeweg meer interesse in dit onderwerp. Tijdens mijn laatste stage kwam ik vaak in contact met patiënten met diabetes. Mede door de opleiding en de stage besloot ik mijn scriptie rondom deze materie te verzorgen.

Tijdens de laatste zes maanden werd ik door verschillende mensen geholpen om dit werk te voltooien. Graag wil ik hen allen daarvoor bedanken. Allereerst wil ik alle deelnemende podotherapeuten danken omdat zij vrijwillig aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Ik was bijzonder verrast hoe enthousiast ze aan de interviews hebben deelgenomen. Verder dank ik ook Felix Van Mechelen voor het nalezen van mijn scriptie en het verbeteren van alle schrijffouten. Ook bedank ik mijn werkgever Marc Coninx omdat hij mij de kans heeft gegeven om de studie aan te vatten. Ik ben er zeker van dat de opgedane kennis tijdens de opleiding erg goed van pas zal komen op de werkvloer van Coninx Orthopedie.

Ik dank ook mijn docenten en in het bijzonder mijn begeleidster Anja de Koning. Haar feedback en nauwkeurigheid verplichtten mij er telkens weer toe om me 100% in te zetten om deze scriptie tot een goed einde te brengen.

Ten slotte bedank ik de allerbelangrijkste mensen in mijn leven, mijn vrouw Griet en mijn kinderen Lune en Nelles. Mijn vrouw dank ik voor alles wat ze voor mij deed en nog steeds doet (en dat is heel wat). Aan mijn kinderen beloof ik dat papa terug veel meer tijd voor hen zal hebben.

Wuustwezel, juni 2015

Geert Van Looveren

Samenvatting

Achtergrond

Ulcera zijn één van de belangrijkste complicaties die mensen met diabetes kunnen treffen. Het is voor elke patiënt met diabetes belangrijk dat de complicaties van de diabetische voet zoveel mogelijk voorkomen worden. Voor alle behandelaars van mensen met diabetes is er door de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten en ProVoet, de brancheorganisatie voor pedicures, de zorgmodule “Preventie Diabetische Voetulcera” opgesteld. Het onderwerp voor dit onderzoek bestaat erin uit te zoeken of podotherapeuten werken volgens de zorgmodule. In dit onderzoek wordt de volgende hoofdvraag gesteld:

Welke factoren zijn van invloed op het wel of niet werken volgens de zorgmodule door podotherapeuten met betrekking tot de screening op risicofactoren van de diabetische voet?

Methode

Het betreft een kwalitatief onderzoek door middel van semigestructureerde interviews. De deelnemers werden geselecteerd uit podotherapeuten met minstens 2 jaren werkervaring in Nederland. Er werd van hen verwacht dat ze patiënten met diabetes mellitus in de praktijk zien.

Resultaten

Er werden tijdens het onderzoek 13 podotherapeuten geïnterviewd over de screening op risicofactoren van de diabetische voet. In de resultatensectie worden de gevonden factoren behandeld: bekendheid met de screening volgens de zorgmodule, kennis en vaardigheden, motivatie, materialen, werkervaring en patiëntrelatie.

Conclusie

Tijdens het onderzoek is duidelijk geworden dat podotherapeuten werken volgens de zorgmodule “Preventie Diabetische Voetulcera” met betrekking tot de screening op risicofactoren van de diabetische voet.

Volgende factoren hebben een invloed op deze screening: bekendheid met de screening volgens de zorgmodule, kennis en vaardigheden, motivatie, werkervaring en patiëntrelatie.

De eerste 3 factoren waren reeds bekend vanuit de literatuur. De factoren materialen, werkervaring en patiëntrelatie kwamen uit het onderzoek naar voren.

Abstract

Background

Ulcers are one of the major complications that can affect people with diabetes. It is important for each patient with diabetes that the complications of the diabetic foot may be prevented as much as possible. The Dutch Association of Podiatrists (NVvP) and ProVoet, the trade organization for pedicures, made up the module "Prevention of Diabetic Foot Ulcers" for all practitioners of people with diabetes. The main goal for this research consists in finding out if podiatrists work according to that module. In this study the following main question is asked:

Which factors have an influence on whether or not to operate according to the care module by podiatrists in relation to the screening for risk factors of the diabetic foot?

Method

It is a qualitative study using semi-structured interviews. The participants were selected from podiatrists with at least 2 years of work experience in the Netherlands. It was expected that they see patients with diabetes mellitus in practice.

Results

13 podiatrists were interviewed during the investigation about screening for risk factors of the diabetic foot. In the results section the identified factors are discussed: familiarity with the screening according to the care module, knowledge and skills, motivation, experience and patient relationship.

Conclusion

During the investigation it became clear that the podiatrists work according to the care module "Prevention of Diabetic Foot Ulcers" regarding screening for risk factors of the diabetic foot.

The following factors affect this screening: familiarity with the screening according to the care module, knowledge and skills, motivation, materials, experience and patient relationship.

The first three factors were already known from the literature. The factors materials, experience and patient relationship came from the survey.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Abstract.....	4
1. Inleiding	6
2. Methode.....	9
3. Resultaten.....	12
4. Discussie	21
5. Conclusie	26
6. Literatuur.....	27
Bijlagen	28
Bijlage I Interviewschema met topics.....	28
Bijlage II Informatiebrief	29
Bijlage III Toestemmingsformulier	31
Bijlage IV Codeboom	32

1. Inleiding

Diabetes mellitus (DM) is een ziekte die wereldwijd enorm aan het oprukken is (1). In Nederland leiden ongeveer één miljoen mensen aan een vorm van DM (type 1, type 2 en zwangerschapsdiabetes) (2). Zij maken kans op verschillende levensbedreigende complicaties. Vooral mensen met DM type 2 kunnen al jaren aan de ziekte lijden vooraleer deze wordt gediagnosticeerd (1). Negen van de tien patiënten met diabetes lijden aan DM type 2 (3-5). Deze groep mensen is het meest vatbaar voor de complicaties van DM. Deze bestaan voornamelijk uit cardiovasculaire ziektes, nefropathie, retinopathie, neuropathie en de diabetische voet (1, 4, 5).

Eén op vier mensen met DM in Nederland krijgt te maken met een diabetische voet (6). De diabetische voet is een risicovoet. Hiermee wordt bedoeld dat de voet ten gevolge van DM een verhoogd risico heeft op complicaties (4). Deze voetproblemen ontstaan grotendeels door vaat- en zenuwproblemen en limited joint mobility. Hierdoor zijn deze mensen vatbaarder voor ulcera en infecties, die op hun beurt kunnen leiden tot amputaties. Vijftien procent van mensen met een diabetische voet krijgt tijdens hun leven te maken met een ulcus (7). Mensen met DM hebben tot 25 maal meer kans op een amputatie dan anderen (1). Van alle amputaties aan de onderste extremiteiten wordt 50 tot 70% uitgevoerd bij mensen met DM (8). Van elke patiënt met DM die ooit een amputatie heeft ondergaan is slechts drie op tien na vijf jaar nog in leven (4).

De verzorging van ulcera en eventuele amputaties is erg duur. Mensen die verzorging van een ulcus nodig hebben, komen vaak in een langdurig zorgtraject terecht (9). De gemiddelde kosten voor het genezen van een ulcus bedraagt tussen 10000 en 20000 euro, bij een amputatie is dit drie- tot viermaal hoger (4, 6, 9). De grootste kosten bestaan uit hospitalisatie van de patiënt, inname van antibiotica om infectie te bestrijden en een eventuele amputatie (9).

Door complicaties van DM te voorkomen, kan de patiënt met DM door leefstijlwijziging en/of medicatie relatief goed leven met de ziekte. Het is pas vanaf het moment dat de complicaties optreden dat de kwaliteit van leven sterk daalt (5). Het spreekt voor zich dat een vroegtijdige opsporing van de mogelijke complicaties van de diabetische voet belangrijk is. Alle personen met DM moeten minstens één maal per jaar een gericht voetonderzoek ondergaan, bij hoog-risicopatiënten is dit meermaals per jaar (6, 10, 11). Op deze manier worden zij ingedeeld volgens een risicoclassificatie die de kans op het ontstaan aan een ulcus weergeeft. Dit is de gemodificeerde Simm's classificatie. Deze classificatie omvat 4 onderverdelingen. Mensen met Simm's classificatie 0 hebben geen verhoogd risico op een ulcus, Simm's 1 een matig verhoogd risico, Simm's 2 een verhoogd risico en Simm's 3 een sterk verhoogd risico (4, 6, 11). Het belangrijkste doel van elke behandelaar van diabetische voeten is de preventie van ulcera (6). Podotherapeuten zijn opgeleid om de risico's op het ontstaan van een ulcus in te schatten.

Podotherapeuten zijn de enige paramedici met een wettelijk beschermde opleidingstitel voor het behandelen van mensen met voetproblemen (6). Mensen met DM vormen hier een onderdeel van. In de eerste lijn werken podotherapeuten samen met huisartsen, praktijkondersteuners,

diabetesverpleegkundigen, medisch pedicures en pedicures met certificaat “voetverzorging bij diabetes”(6) . Deze personen proberen de complicaties van diabetes te voorkomen door samen te werken. Als multidisciplinair team zorgen zij dat de patiënten met DM op een gepaste wijze onderzocht, voorgelicht en behandeld worden. Volgens Gariani et al. leidt een multidisciplinaire aanpak tot verbeterde resultaten bij het behandelen van de geïnfecteerde diabetische voet ten opzichte van een eenzijdige aanpak (7).

Om de praktijk een bruikbare leidraad te geven met uitvoerbare adviezen voor preventie, opsporing en behandeling van het diabetische voetulcus is in 1998 de richtlijn “Diabetische voet” ontwikkeld (11). Deze richtlijn bevat aanbevelingen die gebaseerd zijn op ‘evidence’ en inzichten waar zorgverleners aan moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Deze richtlijn is herzien in 2006. Daarnaast hebben de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en ProVoet (brancheorganisatie voor de pedicure) in 2010 het initiatief genomen de ‘Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera’ te ontwikkelen. Deze zorgmodule is in 2014 aangepast omdat niet duidelijk was voor de zorgverleners, zorggroepen en zorgverzekeraars wie welke voetbehandeling moet uitvoeren (6).

Het is echter niet bekend of er in het podotherapeutisch werkveld daadwerkelijk volgens deze uitgaves gehandeld wordt.

Vanuit de literatuur is er een aantal factoren bekend die belangrijk zijn voor een goede implementatie van een richtlijn. Als eerste stap moet een nieuwe richtlijn bekend gemaakt worden bij de zorgverleners. Het is van belang dat de nieuwe aanbevelingen via verschillende kanalen verspreid worden. Kennis, kunde en motivatie van de zorgverlener zijn drie belangrijke aspecten voor het handelen volgens de richtlijn (12). Eens de nieuwe aanbevelingen gekend zijn, impliceert dit nog niet dat deze kennis toegepast zal worden. De zorgverlener zal gemotiveerd moeten zijn om oudere routines aan te passen of te doorbreken (intrinsieke motivatie). Hij/zij moet beschikken over de juiste vaardigheden en toegang hebben tot de gevraagde interventies (kunde). Verder zal de omgeving van de zorgverlener ook bereid moeten zijn om zich aan te passen (extrinsieke motivatie). De neuzen van de zorgverlener, management, collega’s, patiënten moeten allen in dezelfde richting staan om een succesvolle implementatie te verkrijgen (12).

Het is onbekend of deze bovenstaande factoren eveneens een rol spelen bij de screening van de diabetische voet op risicofactoren. Het onderzoek tracht deze informatie te achterhalen. Verworven inzicht in deze factoren leidt mogelijk tot een (gerichter) advies op een betere naleving van de zorgmodule met betrekking tot de screening. Indien er aanbevelingen nodig zijn tot een betere uitvoering van de screening op de risicofactoren van de diabetische voet kunnen deze in de toekomst bijdragen tot een verbeterde kwaliteit van de zorg. Als de kwaliteit van de zorg verbetert dan kan de kwaliteit van leven behouden worden voor de patiënt en levert dit economische winst op.

Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Welke factoren zijn van invloed op het wel of niet werken volgens de zorgmodule door podotherapeuten met betrekking tot de screening van risicofactoren van de diabetische voet?

2. Methode

Onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek werd er beroep gedaan op podotherapeuten met een Fontys of Saxiondiploma Podotherapie of een diploma dat daaraan gelijkgesteld is. Er werd een minimum van 2 jaren werkervaring vereist en ze moesten actief werkzaam zijn in de podotherapie. Dit om uit te sluiten dat podotherapeuten over te weinig ervaring beschikken. De deelnemers werden door middel van doelgerichte steekproeftrekking gezocht in de ledenlijst van de NVvP. Een twintigtal podotherapeuten werden via mail gecontacteerd. Er werden geen eisen gesteld aan verdere specialisaties zoals sport- of diabetespodotherapeut. Het was wel vereist dat ze patiënten met diabetes behandelen. Hoe vaak dit gebeurt, speelde geen rol. Er werden zowel mannen als vrouwen gecontacteerd van verschillende leeftijden. Door de groep zo verscheiden mogelijk te houden, werden meer diverse resultaten verwacht door verschillen in leeftijd en werkervaring. Podotherapeuten die geen Nederlands spreken werden niet toegelaten tot het onderzoek. Alle geïnccludeerde deelnemers kregen een random codering die tijdens de presentatie van de resultaten wordt gebruikt.

Dataverzameling

Gedurende dit kwalitatief onderzoek werden de data verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Om deze interviews af te nemen werd een topiclijst (bijlage I) samengesteld vanuit de literatuur. De interviews werden opgenomen met een voicerecorder DVT1100 van het merk Philips. Om de duidelijkheid van de spraak te verbeteren werd een externe microfoon gebruikt. Om de deelnemer in een zo natuurlijk mogelijke situatie te interviewen, bepaalde deze zelf tijd en plaats van het interview. De interviews vonden plaats op het werk of thuis bij de deelnemer. De deelnemer tekende voor het interview het toestemmingformulier (bijlage III) om deel te nemen aan het onderzoek. De onderzoeker trachtte tijdens het interview geen waardeoordeel te vormen over de gegeven antwoorden. Na het interview werd het verbatim getranscribeerd en binnen enkele dagen terug verstuurd via email aan de desbetreffende podotherapeut voor een member check. De member check gaf de deelnemer de kans om zijn interview na te lezen en eventueel nog te corrigeren. Indien de tekst werd goedgekeurd werd deze terug aan de onderzoeker gemaild. Nadien werd het interview verder anoniem geanalyseerd door de onderzoeker.

Tijdens dit onderzoek werd er met drie onderzoekers samengewerkt om data te verzamelen. Deze drie onderzoekers werkten allen rondom de zorgmodule "Preventie Diabetische Voetulcera". Ieder behandelde zijn eigen hoofdvraag. Om in een korte tijdspanne toch een ruim aanbod aan gegevens te verzamelen, werden er in elk interview vragen verwerkt rondom de drie hoofdvragen. Na de member check werden de uitgetypte interviews anoniem naar elkaar doorgestuurd. De drie interviewers controleerden het document op betekenisvolle fragmenten en voegden daar codes aan toe. Dit werd voor alle onderdelen van het interview gedaan. Zo werd er telkens een peer review uitgevoerd.

Vooraleer het interview werd gestart, werden enkele personalia genoteerd van de ondervraagde. Deze personalia bestaan uit geslacht, leeftijd, jaar van afstuderen, school van afstuderen, jaren werkzaam in de podotherapie, aantal dagen per week werkzaam in de podotherapie, eventuele specialisaties, registratie in het kwaliteitsregister, zelfstandig werken of in loondienst.

In de zorgmodule is een screeningsformulier bijgevoegd als bijlage om mensen met diabetes te screenen op risicofactoren van de diabetische voet. Dit formulier vormde de basis voor de topiclijst. Zo werd onderzocht of podotherapeuten handelen volgens dit screeningsformulier. Het tweede deel van het interview probeerde te achterhalen welke factoren interesse of weerstand oproepen om te werken volgens hetzelfde formulier. De basis voor deze factoren is gehaald uit het boek Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling (12).

Het interview volgde het als bijlage I bijgevoegde schema. Er werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van open vragen. De openingsvraag luidt: “Hoe bent u in contact gekomen met de zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera?” gevolgd door “Hoe voert u een screening uit bij mensen met diabetes?”. De beweegredenen voor het wel of niet werken volgens de voorschriften werden dan vergeleken met de vooraf opgestelde topics. “Wat”, “waarom” en “hoe” zijn vraagstellingen die veel aan bod kwamen bij de verschillende topics.

Data-analyse

De goedgekeurde transcripten werden geanalyseerd op betekenisvolle fragmenten. Aan deze fragmenten werden kernwoorden toegekend (open codes). Het uiteenrafelen van de tekst werd na elk interview gedaan. Het kwalitatief onderzoek is een iteratief proces. Nieuwe codes werden meegenomen naar het volgende interview. De topiclijst en vragen werden aangepast om een betere informatievergaring te verkrijgen. Codes die een sterk verband hadden met elkaar werden gebundeld in thema's (axiaal coderen). Naarmate er meer interviews afgenomen werden, ontstond er een codeboom met open codes en thema's. Er werden geen interviews meer afgenomen wanneer er geen nieuwe codes of thema's naar voren kwamen. Dit is het moment waar de verzadiging optrad.

De thema's die het meest relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werden geselecteerd (selectief coderen). Die thema's vormen de factoren die invloed hebben op het werken volgens de zorgmodule in verband met screening van de risicofactoren van de diabetische voet bij podotherapeuten. Deze thema's werden verwerkt tot een model dat aangeeft hoe ze zich verhouden ten opzichte van elkaar.

Ethische aspecten

Alle deelnemers werden op de hoogte gebracht over het onderzoek door middel van een informatiebrief (bijlage II) via mail. De onderzoeker heeft de geïnteresseerden voor het onderzoek telefonisch gecontacteerd om locatie, datum en uur voor het interview af te spreken. Indien er nog onduidelijkheden bestonden na het lezen van de informatiebrief, werd de bijkomende informatie verstrekt.

De onderzoeker verklaarde aan de deelnemers via de informatiebrief (bijlage II) dat alle privégegevens worden geheimgehouden en dat enkel hij er toegang toe heeft. De verworven data werden anoniem verwerkt. Na de afronding van het onderzoek worden alle data overgedragen aan Fontys Paramedische Hogeschool. Het onderzoek wordt gepubliceerd in de HBO Kennisbank. Alle papieren data en geluidsfragmenten worden vernietigd.

De deelnemers stemden in met deze werkwijze door het toestemmingsformulier (bijlage III) te ondertekenen. Het ondertekenen van het toestemmingsformulier werd telkens voor het interview gedaan om tijd en geld te sparen.

Vanuit de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) is er geen toestemming nodig voor het onderzoek.

3. Resultaten

Tabel 1 geeft een overzicht van de deelnemers aan het onderzoek. Deze tabel vermeldt de belangrijkste personalia van de podotherapeuten. Deze personalia werden steeds in het begin van het interview verzameld. In het verslag vind je steeds een code (P + getal) achter de weergegeven citaten. Dit maakt duidelijk welke achtergrond de desbetreffende podotherapeut heeft.

Tabel 1 Overzicht deelnemers

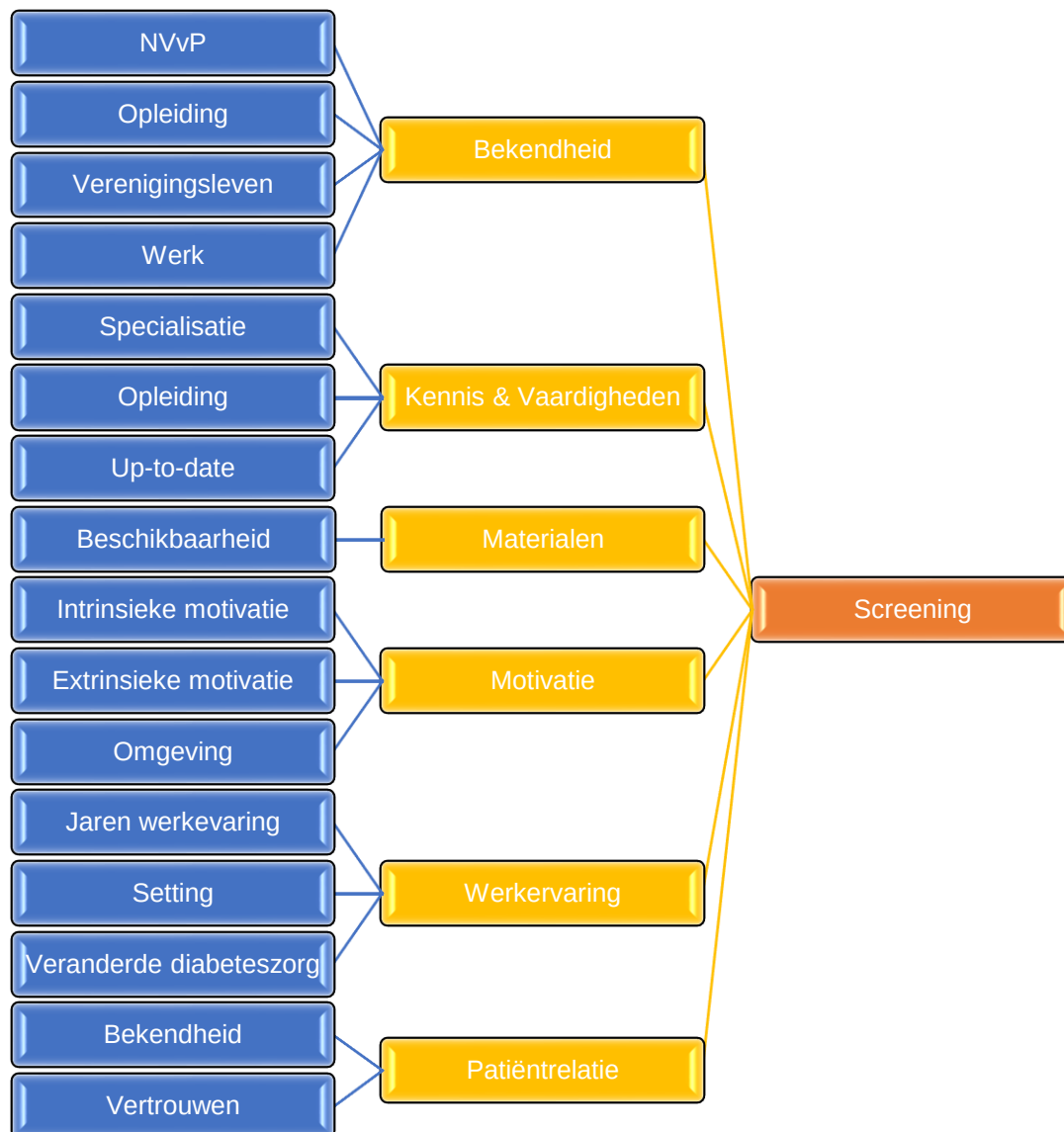
Code Podo	Geslacht (M)an – (V)rouw	Leeftijd	Diploma	Zelfstandige - Z Loondienst - L	Specialisatie(s)
P1	V	39	1994	Z	Geen
P2	V	24	2013	L – 3 dagen Z – 2 dagen	Geen
P3	V	45	1990	Z	Sportpodotherapie Diabetespodotherapie
P4	M	44	1995	Z	Geen
P5	M	34	2001	Z	Diabetespodotherapie Echografie
P6	V	29	2009	L	Geen
P7	M	28	2009	L	Echografie Myofasciale therapie Podoposturaal therapeut
P8	V	35	2001	Z	Diabetespodotherapie
P9	V	24	2012	L	Geen
P10	V	32	2003	Z	Manuele therapie
P11	V	35	2001	L	Sportpodotherapie
P12	M	34	2003	Z	Geen
P13	M	29	2010	Z	Sportpodotherapie i.o. Echografie Manueel therapie Medical taping

De tabel geeft aan dat er een mix is gevonden qua geslacht, leeftijd, aantal jaren werkzaam in de podotherapie, zelfstandig werken of in loondienst en eventuele specialisatie(s). Alle podotherapeuten hebben hun diploma behaald aan de Fontys Hogeschool of de voorloper daarvan. Ze zijn allemaal direct na het behalen van het diploma gestart in de podotherapie. Eén deelnemer was reeds 1 jaar vroeger werkzaam.

De deelnemers mochten zelf aangeven waar en wanneer de interviews werden afgenomen. De helft van de interviews werden in de praktijk van de podotherapeut tijdens de werkuren afgenomen, de andere helft thuis bij de deelnemer na de werkuren. Gedurende de afgenomen interviews kwamen 6 thema's naar voren die invloed hebben op het handelen van de podotherapeuten met betrekking tot de screening op risicofactoren op diabetische voetulcera. Deze thema's werden bekomen nadat de betekenisvolle fragmenten van de transcripten gecodeerd waren.

Vergelijkbare codes (blauw) werden samengebracht tot volgende thema's (geel): bekendheid met de zorgmodule, kennis en vaardigheden, materialen, motivatie, werkervaring en patiëntrelatie. De onderstaande codeboom (figuur 1 en bijlage IV) illustreert hoe die thema's werden samengesteld.

Figuur 1 Codeboom



De sterkste citaten uit de interviews werden gebruikt om de thema's te verduidelijken.

Bekendheid met de zorgmodule

Om een goede implementatie van een protocol en/of richtlijn te verkrijgen, is het van groot belang dat deze goed verspreid wordt. Alle deelnemers laten duidelijk verstaan dat ze goed op de hoogte zijn gebracht van de zorgmodule. Bijna alle podotherapeuten zijn voornamelijk via de beroepsvereniging NVvP en de opleiding (diabetes)podotherapie ermee in contact gekomen. Verder werd ook duidelijk gemaakt dat de zorgmodule het laatste jaar vaak werd aangehaald op bijeenkomsten, nascholingen, ...kortom het hele verenigingsleven rondom de podotherapie.

¹ *"Euh, via de beroepsvereniging, via de NVvP." (P1)*

² *"Van de opleiding, van de NVvP, NVvP regiovergaderingen, van de praktijk zelf, de werkgever." (P2)*

³ *"Ja, eigenlijk tijdens de opleiding diabetespodotherapie. Toen is dat gepubliceerd, daarvoor eigenlijk ook al wel. Toen kwam ik er mee in aanraking, daarvoor deed je de screening zoals je hem geleerd had op school. Dat was voor mij alweer een aantal jaren hetzelfde. En met die opleiding diabetespodotherapie ben ik er weer mee in aanraking gekomen." (P5)*

⁴ *"Ja, eigenlijk via de vereniging, is dat zo begonnen. Ik ben zelf redelijk actief zeg maar binnen dat verenigingsleven. Dus ik ga regelmatig naar regiovergaderingen, klankbordbijeenkomsten van de vereniging en zo ben je daar wat meer bij betrokken." (P6)*

⁵ *"Uuh, vanuit de NVvP alle mailtjes en brieven, nou ja alle correspondentie vanuit de NVvP. En daarbij ook nascholing ... Ja, de, de PAV nascholing, en welke hadden we daarvoor nog? Ja meerdere nascholingen waar die benoemd is." (P10)*

Aangezien iedereen heeft aangegeven bekend te zijn met de zorgmodule, is dit geen belemmerende factor voor het gebruik van de screening volgens de zorgmodule.

Kennis en vaardigheden

Het is niet voldoende dat men weet dat er een zorgmodule bestaat, belangrijker is dat men weet wat de inhoud er van is en over welke vaardigheden men moet beschikken. Deze factoren, kennis en vaardigheden, zijn samengebundeld in de codeboom tot één thema. Dit werd gedaan omdat men geen vaardigheden ontwikkelt zonder kennis te hebben over een bepaald thema.

Om hier een beeld over te krijgen, werd het bijgevoegde screeningsformulier bij de zorgmodule als leidraad gebruikt om te kijken hoe het gesteld is met de kennis en vaardigheden rondom de screening. Alle podotherapeuten hebben een duidelijk beeld over hoe een screening op risicofactoren van diabetische voetulcera eruit ziet. Ze benoemen alle grote delen zoals anamnese, inspectie, test protectieve sensibiliteit (test PS), test limited joint mobility (test LJM) en test perifeer arterieel vaatlijden (test PAV). Wat opvalt, is dat slechts 3 podotherapeuten het controleren op temperatuurverschillen van de huid uit zichzelf benoemen. De schoeninspectie wordt door ongeveer de helft van de podotherapeuten uit zichzelf benoemd. Nadat de onderzoeker deze laatste 2 topics heeft aangehaald, wordt het wel door iedereen benoemd dat ze zo werken tijdens de screening.

Tabel 2 Volgt de podotherapeut het screeningsformulier?

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
Anamnese	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Inspectie	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Test PS	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
(Stemvorktest)	++	++	-	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Test LJM	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Prayer's Sign	++	-	++	-	++	-	-	-	-	++	++	++	-
Test PAV	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Doppler	++	++	++	++	++	-	-	++	++	++		++	+
EA-index	-	-	-	-	++	-	-	++	-	-		-	++
Huidtemperatuur	+	++	+	+	+	+	+	+	++	+		+	++
Thermometer	++	+	++	-	++	-	-	++	+	++		+	++
Schoeninspectie	+	++	++	+	+	+	+	++	++	++	++	+	++

Legenda

++ Aangehaald door deelnemer

+ Toegelicht door deelnemer na voordragen door onderzoeker

- Wordt niet gedaan door deelnemer

Leeg vak: wordt niet vermeld in interview

Een opvallende vaststelling is dat bijna alle podotherapeuten nog steeds de test voor het diepere gevoel (stemvorktest) mee nemen in de screening. Vroeger zat de test in de screening, maar tegenwoordig moet die officieel niet meer gedaan worden.

Als test om limited joint mobility te onderzoeken staat het uitvoeren van het Prayer's sign in het screeningsformulier aangegeven. Ongeveer de helft zegt niets met deze test te doen. Van de podotherapeuten die de test wel uitvoeren zijn er ook enkele die hem in vraag stellen. Bij het Prayer's sign vragen de meeste podotherapeuten zich af wat de toegevoegde waarde is bij de screening. Zij voeren liever een functieonderzoek uit naar de beweeglijkheid van de gewrichten in de voet.

⁶ “Functieonderzoek neem ik ook mee om te kijken naar de beweeglijkheid in het bovenste en onderste spronggewricht en het MTP1-gewricht. En het Prayer's sign. Alhoewel ik moet eerlijk zeggen de meeste info haal ik wel uit de beweeglijkheid van de voeten. Dat zegt mij vele malen meer, maar goed we behouden de regeltjes he.” (P5)

⁷ “Die Prayer's sign, op het moment dat iemand zijn pink heeft gebroken is die al niet meer betrouwbaar. Die is leuk voor een praktijkondersteuner die geen tijd heeft en die nog nooit een functieonderzoek gedaan heeft ... Ja. Ik doe hem nooit, ik vind hem echt niet interessant, functieonderzoek daar haal ik veel meer informatie uit.” (P10)

Alle podotherapeuten voeren de test voor het perifeer arterieel vaatlijden uit. Zij starten deze test met het controleren van de pulsaties van A. dorsalis pedis en A. tibialis posterior. Bij twijfel wordt de controle met een Dopplerapparaat gestart. Twee podotherapeuten geven aan niet over een Dopplerapparaat te beschikken. De enkel-armindex wordt door drie podotherapeuten uitgevoerd. De meesten laten dit over aan de huisarts of de vaatchirurg.

⁸ “Ik heb geen Doppler, dus ik doe zover als het kan gewoon met mijn vingers de palpatie, de pulsaties beoordelen.” (P7)

⁹ *"Nee, doen wij hier eigenlijk niet, omdat de praktijkondersteuners bij de huisartsen daar veel nauwkeurigere apparatuur voor hebben en daar veel, dat veel vaker toepassen en daar beter in geoefend zijn zeg maar. Wij hebben wel altijd als wij, als ik bijzonderheden tegenkom bij de doppler of dat ik twijfel gewoon visueel op vaatlijden, dat ik wel in de rapportage ook nog vraag naar een extra enkel-arm index meting."* (P9)

¹⁰ *"Doe ik eigenlijk nooit. En dat is meer omdat er hier afspraken zijn met de huisartsen, uhm, bij twijfel over vaten, ik doe eigenlijk altijd de doppler, uhm en bij twijfel van goh is hier iets meer aan de hand... De huisartsen mogen er extra voor declareren en die doen het maar al te graag."* (P10)

De controle op temperatuurverschillen van de huid wordt slechts door 3 podotherapeuten uit zichzelf benoemd. Drie podotherapeuten geven aan niet over een infrarood huidthermometer te beschikken.

¹¹ *"Nee, nee, nee alleen zelf met m'n eigen hand maar niet met een thermometer."* (P6)

¹² *"Nee, buiten de palpatie niet. **Je hebt geen thermometer om de huid, om temperatuurverschillen waar te nemen?** Dat zou ik eigenlijk wel moeten hebben volgens mij... Het is ook wat objectiever natuurlijk."* (P4)

Verder werd er ook gevraagd hoe de deelnemers hun eigen kennis en vaardigheden inschatten. Allen geven aan over een gemiddelde tot goede kennis te beschikken. Deze kennis hebben de meeste opgedaan tijdens de opleiding en via bijscholingen. Het is echter belangrijk om up-to-date te blijven met de nieuwe richtlijnen. Velen geven ook toe dat de kennis er de laatste maanden flink op is vooruit gegaan door de veranderingen in de diabeteszorg.

¹³ *"Nogmaals, ik werk dus vanuit het protocol. Daar kan ik constant op terugvallen en als je vanuit het protocol werkt, kan er heel weinig mis gaan. En hoe het ten opzichte van vorig jaar was, denk ik dat ik qua kennis wel heel veel vooruit ben gegaan. Dat ik op zich wel heel erg veel weet over wat er kan gebeuren en wat er staat te gebeuren. Ik denk dat het wel op een schaal van 10, als ik kritisch moet gaan kijken, dat ik op een 7.5 zit."* (P13)

¹⁴ *"Ik denk redelijk tot goed. Ja, ik denk redelijk tot goed. De screening kan in elk geval nog wel wat uitgebreider. Maar ik denk niet dat ik het allemaal wil mee nemen. Sommige dingen zie ik zelf niet zo de zin van in. ik denk dat we het redelijk uitgebreid doen. Ik denk dat mijn kennis redelijk up-to-date is."* (P5)

¹⁵ *"Ik denk wel dat ik een betrouwbare Simm's classificatie maar vooral zorgprofiel kan opstellen, alleen ik ben geen diabetespodotherapeut en zal het ook nooit worden ... Ik denk dat het zo rond de 7, gewoon ruim voldoende en dat ik geen slechte dingen eruit laat komen. Maar ik zal ongetwijfeld dingen niet doen die andere misschien wel doen."* (P7)

¹⁶ *"Ik denk na verlopen van dat eerste kwartaal, en dat we ze nu dagelijks zoveel gedaan hebben, wel vrij goed in vergelijking met vorig jaar. Daar zijn we wel een stuk in vooruit gegaan en hebben we veel uit geleerd en al doende zijn we hierin toch veel sterker geworden, veronderstel ik"* (P1)

Materialen

Om verschillende testen van de screening uit te voeren zijn er een aantal materialen vereist. De meeste podotherapeuten beschikken over al deze materialen. Slechts een kleine minderheid beschikt niet over een infrarood huidthermometer of een Dopplerapparaat. Enkele citaten ^(8.9.11.12) bij het vorige thema illustreerden dit reeds. In het bezit zijn van deze materialen zorgt er voor dat de testen uitgebreider en objectiever uitgevoerd kunnen worden. Om de enkel-armindex te bepalen, zijn er vaak afspraken binnen de zorggroep of met andere hulpverleners die wel in het bezit zijn van de benodigde apparatuur.

Motivatie

Het onderzoek heeft uitgewezen dat het goed gesteld is met de bekendheid van de zorgmodule en de kennis en vaardigheden rondom de screening. Om volgens een vooropgesteld protocol te werken, moet de podotherapeut en zijn omgeving daar voor gemotiveerd zijn of worden. Er werd gepolst naar de motivatie van de deelnemers om te werken volgens de zorgmodule. Hier kwamen vrij uiteenlopende redenen op de voorgrond.

Eerst wordt er ingegaan op de eigen ingesteldheid van de podotherapeut, de intrinsieke motivatie. Er bestaan globaal gezien twee groepen. Diegene die erg geïnteresseerd zijn in de materie rondom de diabetische voetulcera en diegene die het als een noodzakelijk kwaad zien.

¹⁷ “... we gaan daar allemaal volop mee aan de slag. Ja, ook wel gedwongen natuurlijk ... Ja, we zitten er allemaal niet echt op te wachten, als ik heel eerlijk mag zijn. Maar je moet mee. Ja.” (P4)

¹⁸ “Nu ja, het was gewoon een kwestie van moeten ... Ook simpel omdat wij gewoon 2 medisch pedicures in dienst hebben. Ja, wij hadden ook geen zin dat al die mensen die bij ons in de praktijk pedicuren en vaak ook steunzolen bij ons in de praktijk hebben dat die naar een andere podotherapeut gaan... het is wel vanuit mijn initiatief gekomen maar niet met volledige motivatie.” (P7)

¹⁹ “Ik was wel vrij gemotiveerd, omdat ik het wel een belangrijk onderdeel vind om die screening uit te voeren ... Ik denk dat die stimulans eigenlijk uit mezelf komt, om juist te weten wat er aan de hand is met die voet en niet zozeer vanuit de zorgverzekering.” (P2)

²⁰ “Ja, op zich groot. Want ik ben wel iemand... Ik hou van protocollen en richtlijnen zeg maar. Dat geeft mij een soort houvast omdat ik altijd de drang heb om stipt en goed te doen zeg maar. Ik wil altijd zeker weten dat ik niets vergeet en dat ik alles heb doorlopen. Dus ik vind het aan de ene zijde gewoon fijn dat je een soort houvast hebt van OK zoals ik het doe, zoals ik het bedenk, zo hoort het ook. Ja dus ik werk daar graag mee. Maar ja, ik kijk er nu naar niet zo vaak naar maar het is wel men basis zeg maar. **En ben je toen snel mee op de kar gesprongen vanaf dat die er was, de zorgmodule?** Ja, ja ik heb het eigenlijk ook altijd direct gebruikt omdat ik in de werkgroepen zit voor de zorggroepen onder andere. Heb ik ook gelijk meegenomen omdat het voor iedereen ook een heel duidelijk document is.” (P8)

Buiten de intrinsieke motivatie spelen er ook een aantal redenen van buitenaf mee. De belangrijkste reden waarom podotherapeuten momenteel volgens de zorgmodule werken, komt door de rol van de zorgverzekering. Sinds 2015 is de bekostiging van de diabeteszorg sterk veranderd. Elke persoon met

diabetes wordt vergoed vanuit de basisverzekering voor de voetzorg als deze een bepaald zorgprofiel is toegewezen. De meeste podotherapeuten geven aan dat ze er eigenlijk niet onderuit komen om te werken volgens de zorgmodule. Ze zijn er niet toe verplicht, maar doen ze het niet, dan prijzen ze zichzelf uit de markt.

²¹ *“Ik denk dat dat (lees: de bekostiging) voor de mensen toch wel een stok achter de deur is om eens achter hun oren te krabben van hoe zet ik de diabeteszorg voort in mijn praktijk. Mede omdat je ook je contracten tekent met de zorgverzekeraars en je ook aan bepaalde eisen moet voldoen. ... Ik denk dat er heel veel patiënten ja kijk als een arts de patiënten doorstuurt naar een podotherapeut en die moet vervolgens naar een andere podotherapeut doorgaan sturen dan degene waar hij zaken meedoet omdat hij geen diabetespatiënten ziet dan denk ik dat hij heel die stroom patiënten wel af gaat buigen naar die andere podotherapeut. Ik denk als je als podotherapeut geen diabetespatiënten behandelt, je wel een groot gat slaat in je patiëntenstroom.” (P5)*

²² *“Nee, ik denk het niet... als ik het niet wil als podotherapeut, die zijn er natuurlijk ook, dan hoeft het niet, maar het is natuurlijk ook zo dat er in onze regio ook niet veel andere mogelijkheden zijn. Ik denk dat je jezelf dan enorm uit de markt priist als je niet meedoet, dat die huisartsen dan ook geen ander werk zullen verwijzen of tenminste toch met veel moeite. Dus je wordt daar toch wel in een spagaat gezet dat je daardoor toch mee moet doen” (P3)*

²³ *“Ja, ik heb eigenlijk altijd al wel gescreend zeg maar. Ook voor dat de zorgmodule er was... Alleen... Dan ben ik ook altijd wel van de stiptheid geweest... Alleen hangt er nu veel meer aan vast. Dus ben je er nog iets geconcentreerder mee bezig zeg maar... Ja... Omdat er gewoon een geldpotje aan vast hangt...” (P8)*

Ook de omgeving van de podotherapeut speelt een rol op het toepassen van de screening op risicofactoren. De deelnemers worden gestimuleerd door collega's, de werkgever of de zorggroep om volgens dit protocol te werken. Het verbetert de communicatie tussen alle behandelaars. De deelnemers geven aan dat de lijnen tussen hen en de andere behandelaars korter worden. Dit stimuleert hen om een goed rapport op te stellen naar alle betrokken partijen.

²⁴ *“Dus ik heb niet heel gauw meer een verrassing meer voor mijn neus. Het gebeurt natuurlijk wel eens, maar ik wil zeggen dat er collega's zijn en die bellen mij op van: ‘Oh ik heb een patiënt van dit en dat. Hoe zou je dat doen?’” (P8)*

²⁵ *“Ik denk vooral door de zorgverzekering, rapportage naar de zorggroep. Naar de POH'ers moeten wij toch een correct rapport kunnen afleveren en zo worden we wel gestimuleerd om ons werk daar goed te doen.” (P1)*

²⁶ *“... Tuurlijk je profileert je wat meer, dat heeft voordelen. Ik heb nog nooit zoveel contact gehad met de huisarts of de POH'er, pedicures of wat dan ook. Dat is natuurlijk een voordeel.” (P7)*

²⁷ *“Wat het positieve daaraan is, is als je communicatie hebt met alle specialisten, huisartsen, internisten dat je wel weet waar je het over hebt” (P13)*

Het is duidelijk dat iedereen de screening volgens de zorgmodule uitvoert, maar dat de motivatie waarom ze dat doen erg uiteenlopend van aard is.

Werkervaring

Een belangrijk thema voor verscheidene podotherapeuten is werkervaring. Podotherapeuten die al vele jaren in het vak zitten bouwen een bepaalde routine op in het screenen en beoordelen van voeten. Dit bepaalt mee het zorgprofiel waar patiënten uiteindelijk in terecht komen. De meer ervaren behandelaars denken ruimer. Ze nemen het totale plaatje in verband met de diabetische voet mee in de beoordeling. De minder ervaren podotherapeuten houden zich strikter aan het vooropgestelde protocol. De setting waarin podotherapeuten werken of gewerkt hebben, heeft invloed op de ervaring die ze opbouwen rondom de diabetische voet. Podotherapeuten die in een ziekenhuissetting of op een voetenpoli werken, komen veel meer in contact met de diabetische voet.

²⁸ “Ik heb al veel screenings gedaan. Ik heb ook in het ziekenhuis gewerkt jaren geleden. Dat was al voor de tijd van de Simm’s classificatie en zo. Maar goed, je leert wel een voet beoordelen afgezien van die testjes die je iedere aap kan leren volgens mij. Maar waar het hoofdzakelijk omgaat, is als je zo’n voet ziet, dat ik kan zien van het is nu een risico en dat is een wat minder risico. Daar gaat het uiteindelijk om natuurlijk. Zo’n getalletje zegt wel wat maar dat is niet het hele verhaal natuurlijk.” (P4)

²⁹ “... Ja, ik denk dat op een gegeven ogenblik ook wat makkelijker, sneller kunt beslissen zeg maar... Of beter weet van dit kan ik overslaan of dit is goed zo ... En ook door de voetenpoli zie ik heel veel zeg maar. ... Ik merk dat je eigen kennis maar ook de ervaring die je op doet door de verschillende voeten die je voor je neus krijgt daar wel een meerwaarde voor is.” (P8)

Door de recente veranderingen in de diabeteszorg zijn podotherapeuten de laatste maanden veel meer in contact gekomen met patiënten met diabetes. Mede hierdoor hebben ze op korte tijd veel ervaring opgedaan rondom de screening van de diabetische voet.

De screening wordt voornamelijk door de ervaring beïnvloed wanneer podotherapeuten een rijkere achtergrond hebben rondom de diabetische voet.

Patiëntrelatie

Het laatste thema dat belangrijk is bij de screening is de relatie met de patiënt. Is de patiënt reeds een bekende voor de behandelaar of komt deze voor de eerste keer? Het doel van de screening bestaat erin om een zorgprofiel op stellen voor de patiënt. Maar heeft de behandelaar vertrouwen in de eerlijkheid van de patiënt? Door de veranderingen in de diabeteszorg zijn er veel patiënten die vroeger wel voor pedicurebehandelingen vergoed werden die nu uit de boot vallen. Manipuleren de patiënten hun informatie bij de screening om in een hoger zorgprofiel te komen?

³⁰ “Ik begin sowieso met anamnese, nou hebben wij natuurlijk patiënten die bij ons al bekend zijn, dus daarvan weten we wel een beetje de achtergrond. Dus die anamnese is dan wat korter, natuurlijk.” (P9)

³¹ “Ja, en patiënten zijn wel steeds mondiger, en er zijn patiënten die inderdaad, of ze de hele zorgmodule hebben gelezen weet ik niet, maar die weten wel wat ze moeten zeggen om een hoger zorgprofiel te kunnen krijgen.” (P10)

³² “Ja, die gevoelstesten, die zijn belangrijk om het zorgprofiel te bepalen, maar daar kan ook wel veel mee gemanipuleerd worden. Dus in die zin, nu is die nog redelijk betrouwbaar, maar als mensen in de gaten krijgen dat als ze het niet voelen dat ze een hogere vergoeding krijgen, dan weet ik het niet voor de toekomst.” (P12)

4. Discussie

Tijdens dit onderzoek werd er getracht een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvraag:

“Welke factoren zijn van invloed op het wel of niet werken volgens de zorgmodule door podotherapeuten met betrekking tot de screening op risicofactoren van de diabetische voet?”.

Gedurende het proces van semigestructureerde interviews kwam er belangrijke informatie naar voren over de factoren die de screening beïnvloedden. De factoren bekendheid, kennis, vaardigheden en motivatie waren reeds bekend vanuit de literatuur (12). Vele codes die tijdens de interviews verzameld werden, konden herleid worden tot die bekende thema's. Verder werden ook werkervaring, patiëntrelatie en materialen bekomen als belangrijke factoren. Al deze factoren worden in de discussie nog verder besproken.

Om te kunnen werken volgens de zorgmodule moet de podotherapeut er eerst mee bekend zijn. Collega-student Tom Claeys ging in zijn onderzoek verder in op het thema bekendheid. Hij onderzocht door wie en via welke kanalen de podotherapeuten bekend raakten met de zorgmodule. Hier wordt op deze factor niet verder ingegaan. Alle deelnemers gaven aan goed geïnformeerd te zijn rondom de zorgmodule. Aangezien ze allen goed ermee bekend zijn, heeft de NVvP op dit vlak goed werk geleverd door de zorgmodule goed te verspreiden. De bekendheid rondom de zorgmodule is alvast geen belemmerende factor maar heeft een positieve invloed op het werken volgens de screening van de zorgmodule.

Om de kennis en vaardigheden te onderzoeken, werd het screeningsformulier uit de zorgmodule als leidraad gebruikt. Uit de resultaten leren we dat alle podotherapeuten voldoende kennis hebben over de topics die het screeningsformulier omvatten. Zij benoemen allemaal de anamnese, de inspectie, de test voor protectieve sensibiliteit, de test voor limited joint mobility en de test voor perifeer arterieel vaatlijden. Verder zijn ze allen ook bekend met de temperatuurmeting voor de huid en de schoeninspectie. Deze laatste twee topics worden vaak pas benoemd nadat de interviewer ze heeft aangehaald. Wat is opgevallen is dat de deelnemers toch wat zenuwachtiger worden als er een vraag wordt gesteld die peilt naar de kennis rondom de screening. Het zou kunnen zijn dat deze laatste twee topics enerzijds niet direct benoemd werden door de stress die de vraag heeft opgeroepen of anderzijds dat deze daadwerkelijk niet telkens toegepast worden tijdens de screening. Het is de onderzoeker wel duidelijk dat ze allen bekend zijn met de theorie rondom deze topics.

Wat ook tijdens de bevraging over de methode van werken bij de screening opvalt, is dat bijna alle deelnemers de test voor het diepere gevoel, de vibratiezin nog steeds uitvoeren. De stemvorktest werd vroeger wel voorgeschreven om te doen, maar nu niet meer. Op dit vlak houden de podotherapeuten nog vast aan hun oude routine.

De test voor de protectieve sensibiliteit wordt door sommige podotherapeuten nu ook in vraag gesteld. De test wordt gebruikt om te controleren of het oppervlakkige gevoel van de patiënt nog intact is. Wanneer dit gevoel verstoord is, kan de podotherapeut de patiënt wijzen op de gevaren dat dat met

zich meebrengt. Patiënten met een verstoorde protectieve sensibiliteit kunnen in een hoger zorgprofiel terechtkomen. Patiënten kunnen dus op een gemakkelijke manier de test beïnvloeden om toch vergoed te worden. Podotherapeuten stellen zich de vraag of de uitkomst van de test nog wel betrouwbaar is als patiënten weten dat dit hun zorgprofiel beïnvloedt.

Het Prayer's sign wordt voorgeschreven om indicatief te zijn voor verminderde beweeglijkheid in de gewrichten. Hier opteren de meeste podotherapeuten toch meer voor een uitgebreider functieonderzoek van de gewrichten. Het checken van de range of motion van gewrichten geeft hen meer betrouwbare en waardevolle informatie over de toestand van de gewrichten.

Sommige deelnemers geven aan dat ze niet over alle materialen beschikken om de volledige screening uit te voeren. De factor 'materialen' beïnvloedt de vorige factor met betrekking tot de vaardigheden. Indien men niet over alle materialen beschikt, is men niet in staat om alle testen (vaardigheden) uit te voeren. Het gaat hier vooral om werknemers. Zij zijn afhankelijk van de werkgever voor het beschikbaar zijn van bijvoorbeeld een infrarood huidthermometer en een Dopplerapparaat. Hier stelt zich de vraag of de screening dan volledig uitgevoerd kan worden. De meeste podotherapeuten geven bij de huidtemperatuurmeting aan dat ze dit alleen doen bij twijfel. Indien ze geen betrouwbare informatie krijgen vanuit het voelen met de eigen handen, dan pas nemen ze de thermometer erbij. Hierbij rijst dan ook weer de vraag: "Hoe objectief is het voelen met de handen?". Dezelfde vraag stelt zich ook bij het voelen van de pulsaties van A. dorsalis pedis en de A. tibialis posterior. Moet de aanschaf van een infrarood huidthermometer en een Dopplerapparaat verplicht worden voor elke podotherapeut die een screening op risicofactoren uitvoert?

Het volgende thema omvat de motivatie. Binnen de deelnemers zijn er twee grote strekkingen. Je hebt de eerste groep die intrinsiek gemotiveerd worden om te werken volgens de zorgmodule. Dit zijn de podotherapeuten die interesse hebben in het onderwerp diabetes. Zij zijn erg begaan met de problematiek rondom diabetes. Ze hebben hun kennis verbreed door bijvoorbeeld de opleiding diabetespodotherapie te volgen. Anderzijds heb je ook podotherapeuten die het erg fijn vinden om volgens vastgestelde protocollen en richtlijnen te werken.

De tweede groep podotherapeuten wordt vooral extrinsiek gemotiveerd. Door de rol van de zorgverzekering in de diabeteszorg voelen ze zich meer aangesproken. Podotherapeuten kunnen zich contracteren bij de verschillende zorgverzekeringen zodat ze patiënten met DM die voetzorg nodig hebben kunnen screenen en eventueel behandelen. Ze geven ook aan wanneer ze dit niet doen ze zichzelf uit de markt prijzen.

Verder worden podotherapeuten ook door hun omgeving gestimuleerd. De meesten geven aan dat de communicatie met andere behandelaars erg is verbeterd. Behandelaars nemen sneller contact met elkaar op om te overleggen over patiënten. Door dit te doen profileer je je meer als iemand die serieus zijn vak beoefent. Je raakt bekend bij een grotere groep behandelaars waardoor zij je meer zullen bekijken als een vakbekwaam professional. Door meer overleg te plegen zal de patiënt daar ook wel bij varen. Door de kennis van meerdere (para)medici te koppelen, zal de behandeling correcter afgestemd worden op de patiënt.

Uit het onderzoek komen ook enkele thema's naar voren die niet in de literatuur zijn beschreven. De deelnemers geven aan dat de beschikbare materialen, hun werkervaring en de patiëntrelatie mee bepalend zijn tijdens de screening.

Vele podotherapeuten bouwen gedurende hun carrière een kennisveld op rond de diabetische voet. Zij leggen linken met reeds vroeger opgedane ervaringen. Deze bepalen mee hoe een bepaalde voet geëvalueerd zal worden. Podotherapeuten die nog niet lang werken of nooit veel met patiënten met DM in contact zijn geweest, zijn geneigd om strikter het screeningsprotocol te volgen. De uitkomst van een screening zou daarom tussen verschillende beoordelaars kunnen verschillen. Dit zal vooral tot uiting komen bij patiënten waar ruimte is voor interpretatie. Het is erg belangrijk dat podotherapeuten over een duidelijke verslaglegging beschikken. Zo kunnen ze steeds beargumenteren waarom ze voor een bepaald zorgprofiel hebben gekozen.

Eveneens speelt het een rol of patiënten reeds eerder bij hen op onderzoek zijn geweest. Indien patiënten nog onbekend zijn voor een podotherapeut dan zal de anamnese uitgebreider gebeuren dan bij bekende patiënten. Ook resultaten van vroegere screenings geven al een beeld van wat de podotherapeut kan verwachten.

Verder wordt gezegd dat patiënten vooral bezorgd zijn om de vergoeding van hun behandeling en minder bezorgd zijn over de gezondheid van hun voeten. Door de veranderingen in de diabeteszorg zijn er een heleboel patiënten die vroeger wel vergoed werden, die nu geen vergoeding meer krijgen als ze zich er niet aanvullend voor verzekeren. In principe zouden deze patiënten tevreden moeten zijn dat ze geen medische hulp nodig hebben en dat het goed gesteld is met de voeten. Enkele deelnemers hebben schrik dat ze geen vertrouwen kunnen hebben in hun patiënt. Ze denken dat patiënten de resultaten van het onderzoek gaan beïnvloeden om in een hoger zorgprofiel te vallen. Dit zal de vertrouwensband tussen hulpverlener en patiënt ongunstig beïnvloeden, terwijl dit toch een belangrijk onderdeel voor het welslagen van een eventuele latere samenwerking is.

Al deze vooraf besproken factoren hebben hun invloed op het uitvoeren van de screening op risicofactoren van de diabetische voet. Sommige factoren hebben eveneens onderling een relatie. Vooral de werkervaring heeft invloed op de kennis. Des te langer een podotherapeut werkt met patiënten met DM, des te uitgebreider wordt zijn of haar kennis rondom die materie. De factor materialen beïnvloedt de factor vaardigheden. Wanneer een behandelaar niet over alle materialen beschikt, zal deze ook niet alle interventies kunnen toepassen.

Dit onderzoek heeft zowel sterke als zwakke kanten. Eén van de sterke kanten van het onderzoek is dat het over een heel verscheiden deelnemersveld beschikte. Er hebben mannen en vrouwen van verschillende leeftijden deelgenomen. Zij beschikten over weinig tot veel jaren werkervaring als zelfstandige of in loondienst. Zij vormden een representatieve groep van het podotherapeutische werkveld.

Eén van de grootste nadelen voor het onderzoek is de korte tijdspanne waarin het uitgevoerd werd. Dit heeft ten eerste grotendeels met mijn eigen privésituatie te maken. Als deeltijdsstudent podotherapie was ik genoodzaakt de beschikbare tijd te verdelen tussen studie, voltijdse baan en gezin. Dit heeft toch een grote impact gehad en elk uur vrije tijd is de laatste maanden in het onderzoek gestopt. Ten tweede ben je bij kwalitatief onderzoek sterk afhankelijk van de beschikbaarheid van de deelnemers. Vanaf het moment dat je deelnemers hebt gevonden, moeten de agenda's van interviewer en deelnemers op elkaar afgestemd worden. Dit blijkt niet altijd even gemakkelijk voor een deeltijdsstudent en podotherapeuten met een drukke agenda.

Dit heeft er mede toe geleid dat er door drie studenten afzonderlijk interviews zijn afgenomen. Dit heeft zowel voor- als nadelen. De transcripten werden naar elkaar doorgemailed voor een peer review. Door de samenwerking tussen de drie studenten werd er vaak overlegd en werden thema's besproken. De thema's zijn bepaald door de inzichten van de drie onderzoekers.

De interviews werden telkens door één onderzoeker afgenomen zonder de aanwezigheid van een andere onderzoeker. Dit is voor het onderzoek een minpunt. Zo werden er geen notities genomen van non-verbale signalen. Verder heb je een duidelijker beeld van de zelf afgenomen interviews in vergelijking met de uitgeschreven interviews van de twee andere onderzoekers. Elke interviewer heeft een eigen stijl van interviewen. Voor mij is duidelijk geworden dat je meer en beter doorvraagt rondom je eigen hoofdvraag omdat je in je voorbereiding je vooral daar op toespitst. Dit verklaart ook de lege vakjes in tabel 2. Daar zijn een aantal vragen niet gesteld, waarschijnlijk door vergetelheid en door de onervarenheid van de interviewer.

Het grootste voordeel om te werken met drie afzonderlijke interviewers is dat men op een relatief korte tijdspanne een groter aanbod aan gegevens verkrijgt. Al vond ik het toch aangenamer om de eigen interviews te verwerken omdat je ook een gevoel hebt in welke sfeer deze zijn verlopen. Hoewel de meeste deelnemers onbekend waren voor mij, schiep je er toch direct een band mee.

Tijdens de interviews werd er ook getracht om geen waardeoordeel te vormen over de antwoorden van de deelnemer. De interviews die ik zelf heb afgenomen verliepen allemaal in een aangename sfeer. Dit komt mede doordat de deelnemers zelf mochten bepalen waar en wanneer de interviews zouden plaatsvinden.

Aanbeveling naar een volgend onderzoek bestaat erin om te kijken naar de betrouwbaarheid van de test voor protectieve sensibiliteit. Blijft deze test betrouwbaar omdat de resultaten gemakkelijk te beïnvloeden zijn door de patiënt met als doel een hoger zorgprofiel te verkrijgen?

Het lijkt me ook aangewezen om uit te zoeken of het controleren van het Prayer's sign een zinvol onderdeel is van de screening aangezien vele podotherapeuten een grondiger functieonderzoek van de gewrichten waardevoller achten.

Een indirecte vaststelling die vaak ter sprake kwam is de kennis van de zorgmodule bij de zorgverzekeraars. Vele podotherapeuten ergeren zich eraan dat er heel vaak foutieve informatie wordt gegeven aan de patiënten door de zorgverzekeraars. Dit leidt heel vaak tot verwarring bij de patiënten. Hierdoor komt de podotherapeut vaak ongeloofwaardig over en dit geeft de vertrouwensrelatie tussen

patiënt en podotherapeut een flinke knauw. Daarom is het aanbevolen voor de NVvP om uit te zoeken hoe ze de kennis rondom de zorgmodule bij de zorgverzekeraars kunnen verbeteren.

5. Conclusie

Tijdens het onderzoek is duidelijk geworden dat podotherapeuten werken volgens de zorgmodule “Preventie Diabetische Voetulcera” met betrekking tot de screening op risicofactoren van de diabetische voet.

In de zoektocht naar factoren rondom het werken volgens de zorgmodule met betrekking tot de screening op risicofactoren van de diabetische voet zijn volgende factoren naar boven gekomen: bekendheid met de zorgmodule, kennis en vaardigheden, motivatie, materialen, werkervaring en patiëntrelatie.

De eerste drie factoren waren reeds bekend vanuit de literatuur. De factoren materialen, werkervaring en patiëntrelatie komen naar voren als nieuwe resultaten van het onderzoek.

6. Literatuur

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas sixth edition. Brussel: 2013.
2. Cijfers Diabetes: Diabetesvereniging Nederland.
Beschikbaar via: <http://www.dvn.nl/diabetes/over-diabetes/cijfers-diabetes>.
Geraadpleegd op: 4 juni 2015
3. Massi-Benedetti M. The cost of diabetes Type II in Europe: the CODE-2 Study. Diabetologia. 2002;45(7):S1-S4.
4. Putten M.V. De diabetische voet en de Simm's classificatie. 1e druk ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012.
5. C.A. Baan, C.G. Schoemaker, M.A.M. Jacobs-van der Bruggen, H.H. Hamberg-van Reenen, H. Verkleij, S. Heus, et al. Diabetes tot 2025 Preventie en Zorg in Samenhang Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2009.
6. Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten, Provoet. Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2014; 2014.
7. Gariani K., Uckay I., Lipsky B.A. Managing diabetic foot infections: a review of the new guidelines. Acta Chir Belg. 2014 Jan-Feb;114(1):7-16.
8. Richard B. Birrer M.D., Patrick J. Grifasi. Prevention and care of diabetic foot ulcers. American Family Physician. 1996;601-11.
9. Prompers L., Huijberts M., Schaper N., Apelqvist J., Bakker K., Edmonds M., et al. Resource utilisation and costs associated with the treatment of diabetic foot ulcers. Prospective data from the Eurodiale Study. Diabetologia. 2008 Oct;51(10):1826-34.
10. Fassil W. Gemechu F.S., Catherine A. Curley. Diabetic foot infections. American Family Physician. 2013 1-08-2013;88(3):178-84.
11. Nederlandsche Internisten Vereeniging N.D.F. Richtlijn Diabetische Voet: Uitgeverij Van Zuiden Communications B.V.; 2006.
12. van Everdingen J.E.E., Dreesens D.H.H., Burgers J.S., Swinkels J.A., van Barneveld T.A., van der Weijden T. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2014.

Bijlagen

Bijlage I Interviewschema met topics

Personalia
Bekendheid met zorgmodule
“Hoe bent u in contact gekomen met de zorgmodule?”
Screeningsformulier
• Anamnese • Inspectie • Test protectieve sensibiliteit (PS) • Test ter indicatie van limited joint mobility (LJM) • Test ter indicatie van perifere arterieel vaatlijden (PAV) • Temperatuurmeting • Schoenbeoordeling
“Hoe voert u een screening op risicofactoren van diabetische voetulcera uit?”
Alle bovenstaande topics moeten behandeld worden
Factoren van weerstand t.o.v. zorgmodule
• Op niveau van screeningsformulier ○ Bruikbaarheid ○ Geloofwaardigheid • Op niveau van de gebruiker ○ Cognitie ○ Vaardigheden ○ Intrinsieke motivatie ○ Extrinsieke motivatie
“Volgt u het screeningsformulier uit de zorgmodule?”
Indien nee, wordt er verder doorgevraagd naar beweegredenen
“Wat weerhoudt u om te werken volgens het screeningsformulier?”
Nu wordt er geluisterd of één of meerdere van bovenstaande factoren van invloed zijn en er nog andere factoren belangrijk zijn
Slot
“Hebt u nog aanwijzingen, verbeteringen voor het verdere onderzoek?”
Dank voor de medewerking aan het onderzoek
Uitnodiging voor de presentatie van het onderzoek

Bijlage II Informatiebrief

Acceptatie richtlijn Diabetische voet

Het in kaart brengen van factoren die van invloed zijn op de mate waarin wordt gehandeld volgens de zorgmodule door podotherapeuten m.b.t. screening van risicofactoren van de diabetische voet

Geachte heer/mevrouw,

Ik ben Geert Van Looveren, 4^{de} jaar student Podotherapie aan Fontys hogescholen te Eindhoven. Ik ben voor mijn afstudeerscriptie op zoek naar podotherapeuten die ik kan interviewen over het thema “screening bij de diabetische voet”. Het is niet van belang of u veel of weinig in contact komt met patiënten met diabetes mellitus. Via deze weg wil ik u vragen of u wil deelnemen aan het onderzoek. Vooraleer u die beslissing neemt, licht ik het onderzoek toe in deze informatiebrief. Hierdoor krijgt u inzicht in het doel van het onderzoek, de methode waarop er gewerkt wordt en wat er uiteindelijk met de verworven gegevens gebeurt.

Doel van het onderzoek

De diabetische voet is één van de ernstigste complicaties van diabetes mellitus. Het is van belang om deze complicatie te voorkomen. Vanuit de Nederlandse Diabetes Federatie en de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten is er een richtlijn en een zorgmodule ontwikkeld om zorgverleners een leidraad te bieden rondom de diabetische voet. Deze leidraad behandelt thema's als preventie, onderzoek en behandeling van de diabetische voet. Het onderzoek bestaat eruit om factoren te bepalen of podotherapeuten handelen volgens de zorgmodule “preventie diabetische voetulcera” met betrekking tot de screening van risicofactoren van de diabetische voet. Indien deze factoren in kaart gebracht worden, leidt dit mogelijk tot een nog verbeterde implementatie van de zorgmodule. Dat leidt uiteindelijk dan tot een verbeterde zorg voor mensen met diabetes.

Methode

Via semigestructureerde interviews behandelt de onderzoeker de thema's die hij belangrijk acht voor het onderzoek. De deelnemende podotherapeuten worden naar hun manier van werken en meningen gevraagd. Zij bepalen zelf op welke locatie het interview wordt afgenomen. Het interview duurt ongeveer 45 minuten en wordt opgenomen op een smartphone. Het wordt nadien letterlijk uitgetypt. Nadat de tekst is uitgeschreven worden de voice-opnames vernietigd. Deze uitgeschreven versie wordt u terug toegezonden zodat u de tekst op correctheid en volledigheid kan controleren. Mocht u het met bepaalde dingen oneens zijn of wenst u nog verder aan te vullen, dan worden deze wijzigingen in de tekst opgenomen. De gegevens worden anoniem geanalyseerd.

Wat is uw rol in het onderzoek?

Er wordt gepeild naar uw ervaringen in het werkveld rondom het thema van het onderzoek. De resultaten van het onderzoek kunnen zowel voor het podotherapeutisch werkveld als voor patiënten met diabetes van belang zijn. U hebt nu de mogelijkheid om vrijwillig wel of niet deel te nemen.

Hoe gaat dit verder in zijn werk?

Indien u wenst deel te nemen aan het onderzoek dan stuurt u de onderzoeker het getekende toestemmingsformulier terug via mail of naar het adres van de onderzoeker. Het toestemmingsformulier bevat de verklaring van de deelnemer en van de onderzoeker. Nadien wordt u gecontacteerd voor afname van het interview op een door u gekozen locatie. Als u voor, tijdens of na het interview beslist om af te zien van deelname aan het onderzoek kan u steeds stoppen zonder opgave van reden.

Indien u niet wenst deel te nemen, hoeft u verder niets te ondernemen. U hoeft geen formulier te tekenen en geen redenen op te geven. Het is voor mij wel aangenaam om te weten als u niet deelneemt. Zo kan ik andere podotherapeuten aanschrijven.

Indien u na deze informatie nog met vragen of onduidelijkheden zit, kan u mij steeds contacteren via onderstaande kanalen.

Geert Van Looveren

4^{de} jaar Student podotherapie

0032 474 53 43 14 (België)

g.vanlooveren@student.fontys.nl

Biest 45

2990 Wuustwezel

België

Opdrachtgever

Lectoraat Health Innovations & Technology

Bijlage III Toestemmingsformulier

Titel onderzoek: Acceptatie richtlijn Diabetische voet

Verantwoordelijke onderzoeker: Geert Van Looveren

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. De onderzoeker verplicht zich ertoe de verworven gegevens anoniem te verwerken. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage IV Codeboom

